

No quotidiano da dor: A procura dos cuidados de saúde

MARIA DO ROSÁRIO DIAS (*)
JOSÉ AMÉRICO A. BRITO (*)

Assess the Person, not just the Pain.

Dennis Turk (1993)

1. INTRODUÇÃO

Pela sua frequência e potencial de causar sofrimento e incapacidade, a dor, enquanto síndrome clínica, transformou-se num verdadeiro problema de saúde pública. As suas graves consequências ao nível da vida pessoal e familiar fazem, de resto, com que a dor se constitua como uma das grandes áreas temáticas inscritas no domínio da psicologia da saúde.

A dor é um fenómeno perceptivo complexo, subjectivo e multidimensional e, na medida em que constitui uma experiência única de cada indivíduo, os prestadores de cuidados de saúde só a poderão avaliar de forma indirecta (Baszanger, 1989). Consequentemente, a avaliação da dor num doente depende da forma como ele a comunica, quer de forma verbal, quer comportamen-

tal. Como refere Turk (1993), é altamente improvável que se possa avaliar a dor sem confiar na percepção individual do doente.

As disfunções causadas pela dor crónica, i.e., dor que se prolonga para além de 6 meses, têm custos elevados, quer para a pessoa doente quer para a sociedade (Hanson & Gerber, 1990; Stenbach, 1974), constituindo-se como um peso significativo e crescente nos custos globais da prestação dos cuidados de saúde (Dworkin, 1994).

A compreensão da dor, enquanto fenómeno complexo que importa entender nas suas várias dimensões, implica e questiona especialidades diversas e, por isso, obriga a uma abordagem necessariamente multidisciplinar, que enfatize a natureza biopsicossocial do fenómeno da dor (Soares, Figueiredo & Lemos, 1999).

Os processos psicológicos influenciam a percepção de dor (Ribeiro, 1998) e, embora a dor crónica seja clinicamente distinta da dor aguda, comporta-se igualmente como uma entidade patológica autónoma, distinta da causa inicial, pro-

(*) Instituto Superior de Ciências da Saúde-Sul.

vocando consequências físicas, psicológicas e sociais nocivas, que lhe são próprias (Pearce & McDonald, 2001). Como referem Soares, Figueiredo e Lemos (1999), a cronicidade da dor conduz frequentemente a alterações significativas do estilo de vida, dos níveis de actividade e dos relacionamentos sociais.

Enquanto que a dor aguda ocorre com prevalência semelhante nos diferentes grupos etários, a prevalência da dor crónica aumenta com a idade (Andersson, Ejlertsson, Ledon & Rosenberg, 1993; Helme & Gibson, 2001; Loeser & Melzack, 1999; Smith, Hopton & Chambers, 1999), aumentando igualmente a probabilidade da relação entre a dor e depressão (Turk, Okifuji & Scharff, 1995), embora este nexo de causalidade não seja claro (Turk & Okifuji, 1997). O envelhecimento da população conduzirá ao aumento da prevalência da dor nas sociedades desenvolvidas, pelo que a dor geriátrica constituirá, sem dúvida, um problema de saúde significativo para o presente milénio (Linch, 1999).

Todavia, são vários os estudos epidemiológicos que concluem que variáveis como o sexo, o nível socioeconómico, o nível educacional e a situação conjugal se revelaram associadas a uma sintomatologia depressiva e, por outro lado, resultados de diversas investigações apontam no sentido de que os doentes se deprimem mais quando a sua vivência da dor interfere com as suas actividades de rotina e com o desempenho dos diferentes papéis ao nível do relacionamento familiar e social (Weir, Browne, Tunks & Roberts, 1996).

Turk e Okifuji (1999) sugerem que as respostas comportamentais e psicossociais dos doentes relativamente à sua dor parecem ser mais relevantes que o papel desempenhado pelo sexo de pertença. Factores psicossociais, tais como o *coping* e o stress afectivo podem alterar a resposta à dor, contribuindo para a existência de diferenças no modo como as mulheres e os homens experienciam a dor (Fillingim, 2000) e atribuem diferentes significados às suas experiências de dor (Hoffman & Tarzian, 2001). A ansiedade, em particular, parece estar intimamente ligada à experiencição sensorial, cognitiva e emocional da dor (Edwards, Augustson & Fillingim, 2000; Pais Ribeiro, 1998).

A dor é uma das experiências mais comuns na população e é, provavelmente, um dos sintomas

primários mais comuns que estão subjacentes à procura de assistência médica (Loeser & Melzack, 1999). Por exemplo, nos Estados Unidos da América estima-se que a dor esteja na base de 80% das consultas médicas. (Pearce & McDonald, 2001) e na Finlândia, num estudo realizado por Mantyselka et al. (2001), a dor foi identificada como motivo de 40% das consultas.

A investigação epidemiológica tem demonstrado que existem mais sintomas relacionados com a dor na população feminina que na masculina, ou seja, a dor crónica afecta mais as mulheres que os homens (Smith, Hopton & Chambers, 1999), pese embora seja difícil determinar se essa diferença é originada por factores biológicos ou psicológicos, dada a natureza multicausal da experiencição da dor (Fillingim, 2000; Hoffman & Tarzian, 2001). Segundo Unruh (1996), uma revisão extensiva da investigação aponta no sentido de que as mulheres reportam níveis mais severos de dor, dor mais frequente e de maior duração.

Têm-se registado avanços significativos, quer na compreensão dos mecanismos subjacentes à dor, quer na forma como a dor é conceptualizada e tratada. Como refere Baszanger (1989), tem-se assistido a uma transformação do olhar médico sobre a dor, sendo a emergência de centros de tratamento da dor um indicador significativo dessa transformação. Enquanto que, no princípio da década de 80, os doentes com dor de longa duração apenas podiam esperar intervenções de carácter biomédico (Pearce & McDonald, 2001), estão hoje disponíveis tratamentos baseados em programas multidisciplinares que integram intervenções psicossociais que têm provado a sua eficácia, em especial no tratamento da dor crónica, reflectindo uma preocupação crescente das políticas de saúde com a qualidade de vida dos doentes e com a humanização dos cuidados que lhes são prestados. Neste contexto, as terapias cognitivo-comportamentais tornaram-se comuns como opção de tratamento não farmacológico para indivíduos que experienciam dor crónica não maligna (Kerns, Otis & Marcus, 2001). Em suma, a abordagem biopsicossocial constituiu-se como alternativa ao conceito biomédico da dor.

Meta-análises e revisões recentes da literatura têm fornecido evidências empíricas da eficácia dos tratamentos psicossociais (comportamentais e cognitivo-comportamentais) no que respeita ao

funcionamento físico e psicossocial (Flor, Fydrich & Turk, 1992), contribuindo para o decréscimo da dor percebida e do stress emocional, acelerando igualmente o retorno ao trabalho (Kerns, Dworkin, Romano, Thorn & Williams, 1999).

Embora a razão mais comum para a procura de cuidados médicos seja a experiencição de um sintoma, a relação entre essa experiencição e a decisão de aceder ao sistema de saúde não é linear, e, como refere Weinman (2001), nem a experiencição de um sintoma, nem a sua severidade, explicam adequadamente as razões que determinam a procura de cuidados médicos. Haverá, pois, que compreender de que forma os sintomas são percebidos e o modo como influenciam os comportamentos, designadamente a procura de cuidados de saúde. A este propósito, Smith, Penny, Elliot, Chambers e Smith (2001) referem que os comportamentos de procura de cuidados de saúde e os factores que os influenciam são complexos e ainda mal compreendidos. Todavia, uma parte considerável de cuidados de saúde assenta em comportamentos de auto-medicação e de aconselhamento farmacêutico (Hayran, Karavus & Aksayan, 2000).

Diversos estudos valorizam o papel do farmacêutico enquanto actor participante no sistema de saúde, resultante da sua posição estratégica que lhe permite interagir com os doentes no sentido de os aconselhar no uso de medicamentos e de potenciar a sua aderência aos tratamentos (Berger & Hudmon, 1997; Krishnan & Schaefer, 2000).

A presença de dor crónica tem um impacte significativo nos cuidados de saúde primários e no consumo de medicamentos, mas apenas uma minoria da população que sofre de dor crónica é assistida em clínicas específicas de tratamento da dor (Smith, Hopton & Chambers, 1999). De resto, as estatísticas de dor apenas reflectem uma pequena parte da população, uma vez que a grande maioria das pessoas sofre dor, em maior ou menor grau, sem que procure cuidados de saúde (Von Korff, Dworkin, LeResche & Kruger, 1988).

Pouco se sabe sobre as características que diferenciam os indivíduos que procuram cuidados de saúde dos que não o fazem, embora de registem diferenças entre homens e mulheres no que diz respeito às estratégias de *coping* para a ges-

tão da dor (Unruth, Ritchie & Merskey, 1999). De todo o modo, cabe ao indivíduo a decisão de escolher o local de prestação de cuidados de saúde que lhe parece ser mais eficaz ou acessível em termos de resposta à necessidade de controlo da sua dor. O comportamento do indivíduo com dor dependerá da forma como nele se repercutem as alterações de diversas variáveis psicológicas, nomeadamente, ansiedade, expectativas, interpretação de sintomas, auto-eficácia, percepção de controlo e suporte social (Pais Ribeiro, 1998).

A utilização dos serviços produtores de cuidados de saúde por parte de doentes com dor crónica depende, sobretudo, da percepção da dor e da sua intensidade, mas depende igualmente da idade, do sexo, de factores culturais, socioeconómicos, da existência de sintomas depressivos (Andersson, Ejlertsson, Leden & Schersten, 1999) e da forma como a dor afecta as actividades diárias nos diferentes cenários sociais em que os sujeitos se integram (Cote, Cassidy & Carrol, 2001).

No que diz respeito à procura de cuidados, as mulheres tendem a recorrer mais aos serviços de saúde, do que os homens (Andersen, Ejlertsson, Leden & Rosenberg, 1993; Hoffman & Tarzian, 2001; Weir, Browne, Tunks, Gafni & Roberts, 1996).

Não existem estudos científicos que permitam conhecer a prevalência da dor crónica na população portuguesa, nem as suas implicações de natureza social e económica. Um inquérito realizado, no decurso de 1999, à rede oficial de hospitais do território continental português por um Grupo de Trabalho constituído por elementos da Direcção Geral de Saúde e da Associação Portuguesa Para o Estudo da Dor (APED) evidenciou, por um lado, a existência de 39% de unidades hospitalares dotadas de unidades funcionais com actividade de dor crónica e, por outro, a inexistência no Sistema de Saúde em Portugal de Unidades de Dor Crónica de Nível III, ou seja, unidades em que se realize investigação científica e formação pré e pós-graduada.

No entanto, Portugal é o único país europeu que celebra um Dia Nacional de Luta contra a Dor, o qual foi instituído pelo Despacho n.º 10324/99, de 30 de Abril, tendo sido aprovado em 2001 um Plano Nacional de Luta contra a Dor, no qual se define o modelo organizacional a desenvolver pelos serviços de saúde, bem como

orientações técnicas promotoras de boas práticas profissionais na abordagem da dor (Direcção Geral de Saúde, 2001).

O sistema de saúde português está estruturado basicamente no Serviço Nacional de Saúde, embora, para além da medicina de produção estatal, existam outras formas de produção de cuidados. No entanto, os cuidados primários estão circunscritos, na sua maioria, aos Centros de Saúde, cuja valência curativa tem uma escala e alcance que permanecem ainda mal definidos, sendo todavia manifesto que a medicina especializada e hiper-especializada se realizam hoje em dia, quase exclusivamente, nos hospitais (Carapinheiro & Hespanha, 1992; Santos, 1987). Por isso, o hospital também é procurado como fonte de alívio da dor, e é neste sentido que, actualmente, os cuidados de saúde tendem a promover diferentes trajectórias que, para além dos Centros de Saúde e Hospitais, incluem também a Farmácia, ou não fosse este um dos locais de personalização e proximidade no atendimento ao doente.

Face à inexistência de estudos específicos no contexto desta problemática, designadamente quais os mecanismos subjacentes à procura de cuidados de saúde, o presente estudo propõe-se avaliar que trajectórias percorrem os indivíduos com queixa de dor experienciada no momento da procura de cuidados de saúde. Mais concretamente, pretende-se investigar: 1) a existência du-

ma relação entre a percepção de dor e a estratégia de procura de cuidados de saúde visando a redução da intensidade da dor, nomeadamente a escolha de locais de prestação de cuidados e 2) o efeito de variáveis demográficas como o sexo, idade, o estatuto conjugal e o nível de escolaridade, sobre a associação entre a dor percebida e as estratégias adoptadas na procura de um local de produção de cuidados de saúde.

2. METODOLOGIA

2.1. Participantes

Os participantes constituíram uma amostra aleatória simples composta por 1357 indivíduos da área de Lisboa e Vale do Tejo, 682 do sexo feminino e 675 do sexo masculino (Quadro 1), com idades compreendidas entre os 15 e os 90 anos (Quadro 2).

Os indivíduos foram seleccionados mediante alguns critérios de inclusão, nomeadamente o facto de padecerem de dor e de se terem dirigido a determinado local na procura de cuidados de saúde (Farmácia, Centro de Saúde ou Hospital), com o objectivo de reduzir a intensidade da dor percebida.

Os Quadros 1 a 4 dizem respeito à caracteri-

QUADRO 1
Caracterização da amostra por Local e Sexo

Local	Centro de Saúde		Farmácia		Hospital		Total
	Período Diurno	Período Nocturno	Período Diurno	Período Nocturno	Período Diurno	Período Nocturno	
Masculino	175	73	119	103	147	58	675
Feminino	175	83	133	111	122	58	682
Total	350	156	252	214	269	116	1357

QUADRO 2
Caracterização da amostra segundo a Idade

Idade	%
[15,25]	19,3
]25,35]	20,2
]35,45]	18,2
]45,55]	16,5
]55,65]	14,7
]65,75]	8,6
]75,90]	2,5
	100,0

QUADRO 3
Caracterização da amostra segundo o Nível de Escolaridade

Nível de Escolaridade	Frequências	Percentagens
Analfabeto	33	2,5
Ensino Básico	326	24,6
Ensino Preparatório	43	3,2
Ensino Secundário	502	37,8
Ensino Superior	415	31,3
Pós-Graduação	8	0,6
<i>Missing</i>	30	
Total	1327	100,0

QUADRO 4
Caracterização da amostra segundo o Estatuto Conjugal

Estatuto Conjugal	Frequências	Percentagens
Solteiro	831	61,2
Casado	359	26,5
Divorciado	91	6,7
Viúvo	71	5,2
<i>Missing</i>	5	0,4
Total	1357	100,0

zação da amostra utilizada no presente estudo segundo as variáveis demográficas Sexo, Idade, Nível de Escolaridade e Estatuto Conjugal.

2.2. Instrumento

A recolha da informação foi feita através da versão portuguesa¹ do *The West Haven-Yale Multidimensional Pain Inventory* – WHYMPI (Kerns, Turk & Rudy, 1985), um questionário que avalia a percepção dor crónica, de auto-preenchimento, de resposta do tipo *Likert*, com uma classificação de zero a seis valores, constituído por três secções que avaliam 12 dimensões. A primeira secção é constituída por 5 sub-escalas: 1) Interferência – avalia as limitações provocadas pela dor; 2) Suporte Social – avalia a relação conjugal ou outra; 3) Severidade da dor – compara a dor experienciada no momento da avaliação com a semana anterior; 4) Auto-Controlo – avalia o controlo da dor; 5) Humor Depressivo – avalia a tensão, ansiedade e irritabilidade. Esta secção destina-se a medir o impacto da dor, ou seja, as limitações provocadas pela dor na vida diária do indivíduo. A segunda secção, constituída por três sub-escalas, pretende medir a percepção que o indivíduo tem da forma como os outros reagem à sua dor. A terceira secção, constituída por 4 sub-escalas (colaboração em casa; colaboração fora de casa; actividades familiares; actividades sociais), avalia a participação que o indivíduo tem nas actividades diárias.

Tendo em conta os objectivos do presente estudo, apenas as dimensões enquadradas na primeira secção foram analisadas estatisticamente.

2.3. Procedimento

Os questionários foram aplicados em três locais – Farmácia, Centro de Saúde e Hospital – a todos os indivíduos que confirmaram ter acedido àquele local em busca de cuidados de saúde por forma a minimizar a dor que sentiam no momento. Em cada um dos locais foram consideradas duas variantes: período diurno (08.00 às 20.00h) e período nocturno (20.00 às 08.00h).

De referir que a recolha da informação só foi iniciada depois de terem sido obtidas respostas favoráveis aos pedidos formalmente requeridos às entidades responsáveis pelos serviços de urgência envolvidos neste estudo.

Relativamente aos indivíduos que se encontravam nas farmácias, apenas integraram a amostra aqueles que aí acorreram para adquirir qualquer produto farmacológico sem prescrição médica, com o objectivo de reduzir a intensidade da dor que sentiam no momento.

No que respeita ao Centros de Saúde e Hospitais, fizeram parte do nosso estudo indivíduos que recorreram à consulta em regime de urgência, quer durante o período diurno, quer durante o período nocturno. Os questionários foram aplicados no momento anterior à consulta médica, ou seja, enquanto aguardavam a sua vez.

Em qualquer um dos locais onde a amostra foi recolhida, o sujeito era abordado e questionado sobre a sua dor, sendo-lhe solicitada a colaboração com garantia de confidencialidade e anonimato. Seguidamente, após terem sido dadas as instruções e prestados os esclarecimentos necessários, o questionário era auto-preenchido e entregue imediatamente. Alternativamente, o preenchimento foi feito por um dos investigadores, nos casos de sujeitos com iletracia ou outras limitações.

3. RESULTADOS

Na presente investigação estudou-se a associação entre a escalonação individual da percepção da dor (variável independente), aferida pela Secção 1 da versão portuguesa do questionário WHYMPI, e a escolha de instituições disponíveis para a produção de cuidados de saúde, nomeadamente, os Centros de Saúde (período diurno/período nocturno), Hospitais (período diurno/período nocturno) e as Farmácias (período diurno/período nocturno), as quais configuram as ocorrências da variável dependente – local. Mais concretamente, foram considerados 5 factores (respeitantes às 5 sub-escalas da Secção 1) na escalonação da percepção da dor, nomeadamente, interferência, suporte social, severidade da dor, auto-controlo e humor depressivo, avaliados de acordo com o WHYMPI, numa escala de 0 a 6. Foram, também, estudadas outras variáveis dis-

¹ Tradução de M. R. Dias (1999).

QUADRO 5
Associação entre Local e Percepção da Dor

Associação	Qui-Quadrado	GL	p
Interferência x Local	116.978	30	< 0.00001
Suporte Social x Local	73.876	30	0.00002
Severidade x Local	205.948	30	< 0.00001
Auto-Controlo x Local	106.611	30	< 0.00001
Humor Depressivo x Local	90.351	30	< 0.00001

poníveis neste estudo, tais como o sexo de pertença, a idade, o nível de escolaridade e o estatuto conjugal.

Tendo em conta os objectivos definidos, estudou-se a associação entre a escalonagem da dor e as ocorrências da variável local, mediante a análise e interpretação generalizadas de tabelas de contingências. Preservando a dicotomia inicial dos resultados, ou seja, preservando, por um lado, os sete níveis em que cada um dos cinco factores da escala da dor se expressa e, por outro, os seis locais possíveis para a prestação dos cuidados de saúde, concluiu-se pela existência uma associação significativa entre a procura do local e o «nível» da dor, para cada um desses factores, de acordo com os valores qui-quadrado e respectivo nível de significância no Quadro 5.

Da leitura do Quadro 5 pode, também, concluir-se que a associação entre dor e local é mais forte quando se considera o factor severidade ($\chi^2_{30} = 205,94$; $p < 0,00001$) e mais fraca para o factor suporte social ($\chi^2_{30} = 73,87$; $p < 0,0001$), de acordo com os respectivos valores qui-quadrado.

Apesar desta abordagem permitir, desde logo, identificar uma associação significativa entre as variáveis em estudo, existem, no entanto, limitações ao nível da interpretação. A primeira limitação resulta, desde logo, do elevado número de níveis em que cada uma das variáveis se manifesta, e a segunda deriva do facto dessas associações poderem alterar-se quando terceiras variáveis são incluídas no estudo, nomeadamente as

de carácter demográfico, como sejam o sexo e a idade.

Na análise que se segue, e no sentido de facilitar a interpretação da associação entre dor e local, cada um dos cinco factores de dor foi transformado numa variável que apenas pode assumir dois níveis: baixo (0) e médio/alto (1). Mais concretamente, um factor de dor assume um nível baixo quando o seu score inicial no questionário WHYMPI for 0, 1, ou 2, sendo considerado de nível médio/alto quando o score no WHYMPI for 3, 4, 5, ou 6. Nestas condições, as tabelas de contingência de tipo «2 por 6» permitirão avaliar se existem diferenças significativas entre os seis locais considerados no que respeita à prevalência de indivíduos reportando um nível médio/alto para cada um dos cinco factores de dor.

Por forma a controlar o possível efeito da idade e do sexo sobre a associação entre local e percepção da dor, procedeu-se a uma análise *Log-Linear* de modo a identificar todas as associações significativas entre as variáveis estudadas e, em particular, para averiguar se a associação entre local e percepção da dor se altera significativamente quando na presença de informação relativa ao sexo e idade dos sujeitos. Nesses cálculos, considerámos sete grupos etários: Idade ≤ 25 (0); $25 < \text{Idade} \leq 35$ (1); $35 < \text{Idade} \leq 45$ (2); $45 < \text{Idade} \leq 55$ (3); $55 < \text{Idade} \leq 65$ (4); $65 < \text{Idade} \leq 75$ (5); Idade > 75 (6).

No Quadro 6 apresentam-se os resultados da análise *Log-Linear* num modelo considerando

QUADRO 6
Associação entre Dor e Local e efeitos das co-variáveis

Local (1)	Sexo (2)	Interferência (3) 41 31 <u>43</u>	Idade (4)
Local (1)	Sexo (2)	Suporte Social (3) <u>41</u> 31 32	Idade (4)
Local (1)	Sexo (2)	Severidade (3) <u>43</u> 31	Idade (4)
Local (1)	Sexo (2)	Auto-Controlo (3) 41 31 <u>43</u>	Idade (4)
Local (1)	Sexo (2)	Humor Depressivo (3) <u>43</u> 31 32 41	Idade (4)

dois efeitos principais (dor e local) e duas co-variáveis (sexo e idade) e indicam-se as associações identificadas entre estas quatro variáveis e eventuais efeitos das co-variáveis sobre a associação entre dor e local.

Para além de identificar todas as associações significativas entre pares de variáveis (1) a (4) acima (por exemplo, a idade parece estar associada à escolha do local e à avaliação individual do grau de dor, sendo essa associação muito menos evidente para o caso da variável sexo), a análise *Log-Linear*, em sumário no Quadro 8, mostra que a já mencionada associação significativa entre local e dor não se altera significativamente, quando o sexo e a idade dos sujeitos são incluídos simultaneamente na análise.

Quando os efeitos do sexo ou da idade sobre a associação entre Local e percepção da dor foram avaliados em separado, em apenas um caso se verificou que esta associação se altera significativamente. Em concreto, os dados forneceram evidência significativa de que a escolha do local consoante o grau de Interferência é diferente entre os sexos, se não se controlar para o efeito idade.

No Quadro 7 descrevem-se as diferenças entre a forma pela qual a prevalência de indivíduos reportando um nível médio/alto de interferência se manifestam em cada local.

Estes resultados, no seu todo, sugerem que é

razoável interpretar a associação entre dor e local, sem necessidade de correcção para os factores demográficos sexo e idade. Assim, como podemos observar no Quadro 7, a prevalência, relativamente à procura de cuidados de saúde, difere consoante o sexo de pertença. Verifica-se que o homem e a mulher procuram o Hospital durante o período diurno (sexo masculino = 70,83%; sexo feminino = 74,58%), como o primeiro local de prestação de cuidados de saúde, em função do nível de interferência da dor. No entanto, o homem recorre em último lugar ao Hospital durante o período nocturno (37,50%), enquanto que a mulher recorre em último ao Centro de Saúde durante o período diurno (45,51%).

O Quadro 8 resume os resultados da estatística efectuada para analisar a associação entre a percepção da dor nas suas diversas dimensões e o local escolhido pelo indivíduo para reduzir a dor sentida no momento.

A análise do Quadro 8 revela que existem diferenças significativas entre os diversos locais considerados no que respeita à prevalência de indivíduos reportando um nível médio/alto para cada um dos cinco factores na escala da dor. No que respeita a interferência, essa prevalência é máxima no Hospital/período diurno e mínima na Farmácia/período nocturno. Apesar de significativa, a associação entre o local escolhido e o grau de suporte social reportado é menos clara do que

QUADRO 7

Percentagens (%) de ocorrências no Local segundo a Interferência da dor para ambos os sexos

Local	Centro de Saúde		Farmácia		Hospital	
	Período Diurno	Período Nocturno	Período Diurno	Período Nocturno	Período Diurno	Período Nocturno
Masculino	61,78	51,56	57,00	43,00	70,83	37,50
Feminino	45,51	71,43	63,56	47,22	74,58	60,00

QUADRO 8

Percentagens (%) de ocorrências ao Local tendo em conta a Percepção da Dor

	Centro de Saúde		Farmácia		Hospital	
	Dia	Noite	Dia	Noite	Dia	Noite
Interferência p* < 0.00001	53,40 n.s.	62,41	60,55 p < 0,01	<u>45,19</u>	72,52 p < 0,0001	48,65
Suporte Social p* = 0.00007	81,60 n.s.	87,84	<u>72,31</u> p < 0,001	86,47	86,04 n.s.	86,49
Severidade p* < 0.00001	58,96 p < 0,05	72,26	61,11 p < 0,00001	<u>37,56</u>	78,73 n.s.	78,45
Auto-Controlo p* < 0.00001	87,03 n.s.	<u>84,82</u>	88,21 p < 0,001	96,68	84,59 n.s.	89,66
Humor Depressivo p* < 0.00001	54,89 n.s.	54,19	44,05 n.s.	<u>35,68</u>	57,20 n.s.	48,28

n.s. = estatisticamente não significativo; p* refere-se ao nível de significância da associação entre cada factor de escala (dicotomizado) e o local procurado para prestação dos cuidados de saúde.

para o factor anterior, uma vez que, neste caso, a prevalência é mínima na Farmácia/período diurno, aumenta no Centro de Saúde/período diurno e é praticamente idêntica nos restantes quatro pares local/período.

De acordo com os referidos quadros, a associação entre o grau de severidade da dor e local é óbvia, sendo que a prevalência de indivíduos que reporta nível médio/alto para esse factor é máxima no Hospital/período diurno e é mínima na Farmácia/ período nocturno. Embora, do ponto de vista estatístico, os locais difiram significativamente quanto à prevalência de indivíduos que

manifestam um nível de auto-controlo médio/alto, essas diferenças não são tão óbvias a partir da análise dos resultados em quadro. No entanto, verifica-se um máximo na Farmácia/período nocturno e um mínimo no Centro de Saúde/ período nocturno. Finalmente, a prevalência é máxima no Hospital/período diurno e mínima na Farmácia/período nocturno, quando reportada em termos de humor depressivo.

Estudaram-se, também, as diferenças diurnas num determinado local, no que respeita à prevalência de indivíduos com um determinado nível de dor, sendo esta expressa nos cinco factores

em estudo. Assim, no que respeita ao grau de interferência, existem diferenças significativas entre os períodos noturno e diurno no Hospital quanto à percentagem de indivíduos reportando um nível médio/alto de interferência, sendo essa percentagem mais elevada durante o período diurno. Analogamente, a prevalência desses indivíduos é mais elevada na Farmácia durante o período diurno. Os dados sugerem, ainda, a inexistência, nos Centros de Saúde, de uma associação entre a escolha do período do dia e o grau de interferência da dor.

O nível de suporte social reportado pelos sujeitos parece estar associado à escolha do período (noturno ou diurno) em que procuram cuidados de saúde num determinado local, mas apenas no caso da Farmácia, sendo que, neste caso, a prevalência de indivíduos que reportam um nível médio/alto de suporte social é máxima durante o período noturno.

A prevalência de indivíduos manifestando um nível médio/alto de Severidade da dor é significativamente mais elevada no Centro de Saúde/período noturno e na Farmácia/período diurno, quando comparados com os períodos complementares do dia nesses locais, não se registando uma associação significativa nos restantes locais. Quanto ao grau de auto-controlo, a prevalência é mais elevada durante o período diurno nas Farmácias, sem nenhuma associação significativa com o período do dia nos restantes locais.

Finalmente, o humor depressivo não parece estar associado à escolha entre período diurno/período noturno para qualquer das ocorrências da variável local.

4. DISCUSSÃO

A discussão será orientada em função de três leituras. Na primeira, analisaremos a prevalência de indivíduos, com determinada intensidade de dor, que recorreram aos diferentes locais de prestação de cuidados de saúde. Numa segunda leitura, discutiremos as diferenças existentes entre o local de procura de cuidados de saúde em dois períodos diferentes, diurno e noturno. Por último, analisaremos a escolha de determinado local tendo em conta o sexo de pertença.

A análise do Quadro 8 revela que existem di-

ferenças significativas entre os diversos locais considerados no que respeita à prevalência de indivíduos reportando um nível médio/alto para cada um dos cinco factores na escala da dor.

No que respeita à sub-escala interferência, a prevalência é máxima no Hospital/período diurno e mínima na Farmácia/período noturno.

No que se refere à associação entre a sub-escala suporte social e o local escolhido, a prevalência é mínima na Farmácia/período diurno, aumentando, embora de forma não significativa, no Centro de Saúde/período diurno.

Relativamente à associação entre a severidade da dor e o local escolhido, verificamos que a prevalência de indivíduos que reportam nível médio/alto é máxima no Hospital (não foram verificadas diferenças entre período diurno e período noturno) e é mínima na Farmácia/período noturno.

Note-se que este resultado é semelhante ao registado na sub-escala interferência. Deste modo, podemos inferir que, mediante as sub-escalas interferência e severidade da dor, o doente parece recorrer de forma imediata ao hospital, sendo a prevalência mínima na Farmácia, local em que, ao que parece, é acedido quando a dor é controlada ou percebida de forma menos intensa. Uma razão explicativa deste comportamento poderá ser a de o doente procura o hospital, uma vez que o acesso a este local de saúde, quer durante o dia, quer durante a noite, é de todo funcional (Carapinheiro & Hespanha, 1992). Neste caso, o comportamento de dor experienciado pelos sujeitos, quando equacionado, na concepção de Philips e Hunter (1981), como expressão de um comportamento de procura de ajuda, eleger o hospital como «dador» de uma resposta mais eficaz ao sintoma «dor percebida».

Analisando a associação entre local e o nível médio/alto da sub-escala auto-controlo, verifica-se que existem diferenças estatisticamente significativas quanto à prevalência, a qual é máxima na Farmácia/Período noturno e mínima no Centro de Saúde/ período noturno. Neste sentido, verificou-se que os doentes com maior nível de auto-controlo recorrem à farmácia durante a noite, o que sugere a capacidade de gestão e previsão da sua dor (Bandura, 1991; Dolce, 1987). Como refere Baszanger (1989), a maior parte dos doentes com uma condição de cronicidade

têm uma grande experiência da sua doença e, por isso mesmo, formaram uma opinião relativamente aos tratamentos, aliada à forma de controlar os sintomas e os regimes que eles próprios estabeleceram, nomeadamente no que respeita à medicação. Subjacente a esta posição, encontramos outras respostas, como seja o caso da farmácia ser um dos locais onde um atendimento eficaz e personalizado, inerente às boas práticas dos cuidados farmacêuticos, promove a confiança e segurança do doente. Todavia, da observação dos dados constantes no Quadro 6, conclui-se que existe uma grande proximidade entre os valores.

Quanto à análise feita à associação entre a sub-escala humor depressivo e o local escolhido, verifica-se uma maior prevalência no Hospital/ período diurno e uma menor prevalência na Farmácia/período nocturno. Verifica-se, mais uma vez, que a maior prevalência incide no hospital durante o período diurno e é mínima na farmácia durante o período nocturno.

Vimos anteriormente que o doente com controlo sob a sua dor consegue antever a necessidade de farmacologia, evitando deste modo o hospital, enquanto que doentes com elevados níveis de ansiedade contribuem para a dor, de tal modo que, quando maior a ansiedade maior a dor (Ribeiro, 1998), o que pressupõe outras preocupações, tais como o nível de interferência que daí possa advir, procurando o hospital durante o dia como local de maior eficácia e prontidão de resposta.

No que respeita à análise entre os períodos diurno e nocturno dos diversos locais de prestação de cuidados de saúde, a prevalência de indivíduos com um determinado nível de dor, foi averiguada em função das cinco sub-escalas em estudo.

Assim, e no que respeita à sub-escala interferência, os resultados sugerem, para os indivíduos que referem um nível médio/alto de interferência da dor nas suas actividades diárias, diferenças estatisticamente significativas entre os períodos diurno e nocturno, quando se trata da procura de cuidados no Hospital, sendo essa percentagem mais elevada durante o dia. Do mesmo modo, a prevalência desses indivíduos é mais elevada na Farmácia, durante o período diurno. Todavia, relativamente aos Centros de Saúde, os dados sugerem a inexistência de uma associação entre a

escolha do local e o grau de interferência da dor. O que nos leva a sugerir que, provavelmente, os indivíduos que se vêem incapacitados de realizar as suas tarefas diárias, devido à dor percebida, têm uma necessidade de reduzir imediatamente a intensidade da sua dor, procurando a Farmácia ou o Hospital como resposta mais eficaz para o controlo da mesma, na medida em que o tempo de espera para serem consultados nos Centros de Saúde poderá transformar-se num factor limitador de uma resposta eficaz e imediata.

Relativamente à sub-escala suporte social, os resultados apontam para a existência de uma relação entre os níveis de apoio referido pelo indivíduo e a escolha do local procurado. Assim, os indivíduos que referem um suporte social médio/alto, tendem a procurar cuidados médicos durante o período nocturno, sendo a Farmácia o local com maior prevalência. Parece-nos compreensível que os indivíduos com fraco suporte social tenham necessidade de recorrer à Farmácia durante o dia, na tentativa de uma procura de maiores cuidados no atendimento ou personalização desses cuidados. A Farmácia é um local de fácil acesso e que permite um atendimento empático sem grandes restrições, quer em termos de tempo, quer de frequência.

Quanto à associação entre a sub-escala auto-controlo e o local escolhido, a prevalência é mais elevada durante o período diurno nas Farmácias, sem nenhuma associação significativa com o mesmo período nos restantes locais.

Ao que parece, o auto-controlo assume uma carga preditiva entre a dor e factores ansiogénicos, ao invés de considerarmos uma ligação directa entre a dor e possíveis quadros depressivos. Segundo Turk e Okifuji (1997), não existe uma associação explícita entre a dor e depressão, mas um auto-controlo capaz de perceber a dor de uma forma menos incapacitante, aliada a poucas interferências nas diferentes esferas, pessoal, familiar, profissional e social.

Por fim, no que diz respeito à sub-escala humor depressivo a escolha entre período diurno/ período nocturno não parece ser determinante em qualquer dos locais estudados, o que poderá ser explicado pela dificuldade de controlo sobre a sua dor, dado que, tal como já referimos, à medida que aumenta a ansiedade aumenta a dor percebida pelo indivíduo, o que, possivelmente,

promove a procura imediata do local de saúde, seja no período diurno, seja no período noturno.

No elenco destas prevalências manifestam-se diferentes associações capazes de corroborar alguns pressupostos teóricos. Ao que parece, um indivíduo com auto-controlo sobre a sua dor tende a adoptar uma postura de confronto com as suas actividades diárias, percebendo a dor de uma forma menos intensa. De acordo com esta leitura interpretativa, podemos inferir que este sujeito tende a manifestar baixos níveis de ansiedade.

De acordo com esta análise interpretativa, o indivíduo desmistifica a crença de estar doente, recorrendo, ainda assim, aos cuidados de saúde que, neste caso e mediante a análise descritiva, procuram em maior número a farmácia durante a noite.

Um outro aspecto que também poderá contribuir para a valorização do presente trabalho, é o estudo do impacto da variável sexo de pertença, sobre a associação entre a percepção da dor e as estratégias de minimização ou controlo, ou seja, pretendemos averiguar se a escolha de locais de prestação de cuidados de saúde difere em termos do género dos sujeitos. Verifica-se que os homens e as mulheres que reportam um nível médio/alto de dor, recorrem com maior prevalência ao Hospital durante o período diurno, em função do nível de Interferência da dor. Para os restantes factores da primeira secção do WHYMPI, os dados não forneceram evidência significativa do impacto do sexo na associação entre dor e estratégias de procura de local de prestação de cuidados de saúde. A prevalência relativamente à procura de cuidados de saúde difere consoante o sexo, mas apenas para um dos factores da escala – Interferência. Os resultados sugerem que, quer o homem, quer a mulher, procuram com maior prevalência o Hospital durante o período diurno, tendo em conta um nível elevado de interferência da dor nas suas actividades diárias. Todavia, o local onde o homem recorre em último lugar para minimizar a sua dor é ao Hospital no período noturno, enquanto que a mulher recorre em último lugar ao Centro de Saúde no período diurno. Como argumenta Unruh (1996), os resultados da investigação confirmam que as mulheres possuem revelam possuir uma panóplia mais alargada de estratégias de afrontamento para lidar com a dor, entre as quais se inclui a procura

de cuidados de saúde. Os homens, pelo contrário, parecem tender mais a ignorar a dor ou a atrasar a procura de cuidados. Por isso, as mulheres tendem a mostrar maior prontidão na procura de cuidados, como forma de dar resposta eficaz às suas preocupações sobre a interferência da dor percebida nas múltiplas actividades e responsabilidades inerentes ao seu quotidiano.

Quando os restantes factores da escala são considerados como determinantes da escolha do local as estratégias não diferem entre os sexos. Desde modo, parece-nos poder afirmar que a relação entre interferência da dor e o local escolhido com maior prevalência, não difere relativamente ao sexo de pertença, para a globalidade dos factores considerados.

Estes resultados são semelhantes aos reportados nos estudos de Unruh, Ritchie e Merskey (1999) e de Turk e Okifuji (1999), embora estes estudos não se tivessem focalizado na relação da dor com a escolha do local de prestação de cuidados de saúde, mas na relação com os transtornos emocionais, percepção e interferência. Recorde-se que esses autores referem que, quer no homem, quer na mulher, uma das maiores ameaças ao impacto da dor prende-se com a sua interferência nas actividades diárias, bem como pelos estados emocionais derivados da dor.

5. CONCLUSÃO

Os resultados deste estudo sugerem a existência de uma relação entre a percepção que os indivíduos têm da dor e o local seleccionado para a procura de cuidados de saúde que reduzam a intensidade dessa dor. Tal como verificámos, a procura de locais de saúde difere nos períodos diurno e noturno, consoante a severidade, interferência, suporte social e auto-controlo do indivíduo, resultados estes, que reforçam a complexidade recíproca que medeia entre cada uma destas variáveis.

Para compreendermos melhor este tipo de reciprocidade, recordemos, por exemplo, que os indivíduos que referem um nível médio/alto de suporte social recorrem com menor prevalência à farmácia durante o período diurno, enquanto que aqueles que referem um nível médio/alto de auto-controlo recorrem em menor prevalência ao Centro de Saúde durante o período noturno,

embora também seja evidente alguma procura de cuidados no Hospital durante o período diurno. Neste caso, os resultados registados nos períodos diurno e nocturno não diferem estatisticamente, uma vez que o Hospital é um dos locais de saúde que disponibiliza uma gama alargada de cuidados de saúde em qualquer dos períodos considerados.

De uma forma geral, assinala-se que indivíduos que reportam níveis elevados de interferência da sua dor nas actividades quotidianas, severidade de dor e humor depressivo, recorrem com maior prevalência ao hospital durante o dia, recorrendo com menor prevalência à farmácia durante a noite.

O recurso à urgência hospitalar como local eleito é uma trajectória que poderá ser explicada pelo desencadeamento de uma situação de crise súbita ou do aparecimento abrupto de sintomas percebidos como ameaçadores, ou, como referem Carapinheiro e Hespanha (1992), poderá eventualmente essa trajectória ser consequência dos atributos de prestígio e de poder da medicina hospitalar e do valor estratégico a ela atribuída, aliado à cultura hospitalocêntrica que atravessa o sistema de saúde portugueses.

Os resultados deste estudo são compatíveis com a conceptualização de que o síndrome da dor despoleta trajectórias diferenciadas de procura de cuidados de saúde. No caso específico deste estudo, essas trajectórias consubstanciaram-se na escolha de três locais distintos: as urgências hospitalares e dos centros de saúde, e a farmácia.

De todo o modo, poderá afirmar-se que se trata de um estudo exploratório e pioneiro que, apesar das suas limitações metodológicas, se configura como contributo válido para a compreensão das trajectórias sociais adoptadas pelos indivíduos com síndrome de dor no acesso aos cuidados de saúde. Espera-se, também, que sirva de estímulo a futuras investigações que, na mesma linha, averiguassem, por exemplo, se a tendência dos resultados obtidos se manteria no caso de *a priori* se proceder a uma segmentação a amostra em dois grupos distintos, sendo um deles constituído por indivíduos padecendo de dor aguda e o outro integrando apenas pacientes com dor crónica, podendo ainda, neste último caso, aprofundar-se a pesquisa com diversas amostras de do-

entes com dor crónica, de acordo com a taxonomia proposta por Turk e Rudy (1990).

Complementarmente, numa outra linha de investigação, poder-se-iam incluir outros locais de prestação de cuidados de saúde, designadamente nos contextos da medicina privada e da medicina extra-oficial, cruzando os resultados com as representações sociais dos indivíduos acerca dos diferentes locais de produção de cuidados de saúde.

Crê-se, finalmente, que o corpo de investigação resultante veria amplamente justificada a sua pertinência, pela sua contribuição para uma resposta optimizada do sistema de saúde, quer em termos da melhoria da qualidade de vida dos doentes, quer na sua dimensão de racionalidade económica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Anderson, H., Ejertsson, G., Leden, I., & Rosenberg, C. (1993). Chronic pain in a geographically defined general population: studies of differences in age, gender, social class, and pain localization. *The Clinical Journal of Pain*, 9, 174-182.
- Andersson, H. I., Ejertsson, G., Leden, I., & Schersten, B. (1999). Impact of chronic Pain on health care seeking, self-care, and medication. Results from a population-based Swedish study. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 53 (8), 503-509.
- Bandura, A. (1991). Human agency: The rhetoric and the reality. *American Psychologist*, 46 (2), 157-162.
- Bazanger, I. (1989). Douleur, travail médical et expérience de la maladie. *Sciences Sociales et Santé*, 7 (2), 5-34.
- Berger, B. A., & Hudmon, K. S. (1997). Readiness for change: implications for patients care. *Journal of American Pharmacology Association*, 37 (3), 321-329.
- Carapinheiro, G., & Hespanha, M. J. (1992). *Articulação entre cuidados primários e cuidados hospitalares: uma análise sociológica*. Relatório Final de Investigação não publicado. Lisboa: Autor.
- Cote, P., Cassidy, J. D., & Carrol, L. (2001). The treatment of neck and low back pain: who seeks care? Who goes where? *Journal of Medical Care*, 39 (9), 956-967.
- Direcção Geral de Saúde (2001). *Plano Nacional de Luta contra a Dor*. Lisboa: Edição de Autor.
- Dolce, J. (1987). Self-efficacy and disability beliefs in behavioral treatment of pain. *Behavioral Research and Therapy*, 25 (4), 289-299.

- Dworkin, S. F. (1994). Somatization, distress and chronic pain. *Quality Life Research*, 3 (Supl. 1), S77-83.
- Edwards, R., Auguston, E., & Fillingim, R. (2000). Sex-specific effects of pain-related anxiety on adjustment to chronic pain. *The Clinical Journal of Pain*, 16, 46-53.
- Fillingim, R. B. (2000). Sex-related differences in the experience of pain. *APS Bulletin*, 10 (1), January/February, <http://www.ampainsoc.org/pub/bulletin/jan00/updat.htm>.
- Flor, H., Fydrich, T., & Turk, D. C. (1992). Efficacy of multidisciplinary pain treatment centers: a meta-analytic review. *Pain*, 49 (2), 221-230.
- Hanson, R., & Gerber, K. (1990). *Coping with chronic pain: A guide to patient self-management*. New York: Guilford Press.
- Hayran, O., Karavus, M., & Aksayan, S. (2000). Help-seeking behavior and self-medication of a population in an urban area in Turkey: cross sectional study. *Croat Med Journal*, 41 (3), 327-332.
- Helme, R. D., & Gibson, S. J. (2001). The epidemiology of pain in elderly people. *Clin Geriatr Med*, 17 (3), 417-431.
- Hoffman, D. E., & Tarzian, A. J. (2001). The girl who cried pain: a bias against women in the treatment of pain. *Journal of Law, Medicine & Ethics*, 29, 13-27.
- Kerns, R. D., Dworkin, R. H., Romano, J. M., Thorn, B. E., & Williams, D. A. (1999). Psychosocial Research Special Interest Group: History, advances and challenges. *American Pain Society Bulletin*, 9 (4), July/August, <http://www.ampainsoc.org/pub/bulletin/jul99/special.htm>.
- Kerns, R. D., Otis, J. D., & Marcus, K. S. (2001). Cognitive-behavioral therapy for chronic pain in the elderly. *Clin Geriatr Med*, 17 (3), 503-523.
- Kerns, R. D., Turk, D. C., & Rudy, T. E. (1985). The West Haven-Yale Multidimensional Pain Inventory (WHYMPI). *Pain*, 23, 345-356.
- Krishnan, H. S., & Schaefer, M. (2000). Evaluation of the impact of pharmacist's advice giving on the outcomes of self-medication in patients suffering from dyspepsia. *Pharm World Sci*, 22 (3), 102-108.
- Loeser, J. D., & Melzack, R. (1999). Pain: an overview. *Lancet*, 353 (9164), 1607-1609.
- Lynch, D. (1999). Geriatric Pain. *Curr Rev Pain*, 3 (5), 388-399.
- Pearce, S., & McDonald, A. (2001). Chronic pain. In D. W. Johnston & M. Johnston (Eds.), *Health psychology: Comprehensive clinical psychology* (Vol. 8, pp. 557-574). New York: Pergamon Press.
- Philips, C., & Hunter, M. (1981). Pain behavior in headache sufferers. *Behaviour Analysis and Modification*, 4, 257-266.
- Ribeiro, J. (1998). *Psicologia e saúde*. Lisboa: ISPA.
- Ribeiro, J. (no prelo). A intervenção sobre a dor no contexto da psicologia da Saúde. *Jornal de Psicologia da Saúde*.
- Santos, B. S. (1987). O Estado, a sociedade e as políticas sociais. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 23, 13-74.
- Smith, B. H., Hopton, J. L., & Chambers, W. A. (1999). Chronic pain in primary care. *Family Practice*, 16 (5), 475-482.
- Smith, B. H., Penny, K. I., Elliot, A. M., Chambers, W. A., & Smith, W. C. (2001). The Level of Expressed Need – a measure of help-seeking behavior for chronic pain in the community. *European Journal of Pain*, 5 (3), 257-266.
- Soares, V., Figueiredo, M., & Lemos, L. (1999). «...Um dia igual aos outros, da eterna família de serem assim». Contributos para a conceptualização e intervenção multidisciplinar na dor. *Psiquiatria Clínica*, 20 (1), 167-177.
- Sternbach, R. A. (1974). *Pain patients traits and treatments*. New York: Academic Press.
- Turk, D. (1993). Assess the person, not just the pain. Pain: Clinical updates. *International Association for the Study of Pain*, 1 (3), September, <http://www.iasp-pain.org/PCU93c.html>.
- Turk, D. C., & Rudy (1990). The robustness of an empirically derived taxonomy of chronic pain patients. *Pain*, 43, 27-35.
- Turk, D. C., & Okifugi, A. (1997). Evaluating the role of physical, operant, cognitive, and affective factors in the Pain Behaviors of Chronic Pain Patients. *Behavior Modification*, 21 (3), 259-280.
- Turk, D. C., & Okifugi, A. (1999). Does sex make a difference to chronic pain by cancer and non-cancer patients?. *Pain*, 82, 139-148.
- Turk, D. C., Okifugi, A., & Scharff, L. (1995). Chronic pain and depression: role of perceived impact and perceived control in different age cohorts. *Pain*, 61, 93-101.
- Unruh, A. M. (1996). Gender variations in clinical pain experience. *Pain*, 65, 123-167.
- Unruh, A., Ritchie, J., & Merskey, H. (1999). Does gender affect appraisal of pain and pain coping strategies? *The Clinical Journal of Pain*, 15, 31-40.
- Von Korff, M., Dworkin, S. F., LeResche, L., & Kruger, A. (1988). Clinical assessment of low back pain. In D. C. Turk & R. Melzack (Eds.), *Handbook of pain assessment* (pp. 15-36). New York: Guilford Press.
- Weinman, J. (2001). Health care. In D. W. Johnston & M. Johnston (Eds.), *Health psychology: Comprehensive clinical psychology* (Vol. 8, pp. 79-112). New York: Pergamon Press.
- Weir, R., Browne, G., Tunks, E., Gafni, A., & Roberts, J. (1996). Gender differences in psychosocial adjustment to chronic pain and expenditures for health care services used. *The Clinical Journal of Pain*, 12, 277-290.

RESUMO

A dor é um dos sintomas que levam os indivíduos a procurar cuidados de saúde, sendo importante continuar a estudar os factores implicados na percepção da dor e, consequentemente, na procura desses cuidados. Pretende-se, neste estudo, estudar a relação existente entre a percepção da dor que os sujeitos sentem no momento e a procura de locais de prestação de cuidados de saúde que reduzam a intensidade da dor percebida, numa amostra de 1357 sujeitos, de ambos os sexos (M=675 e F=682), com idades compreendidas entre os 15 e os 90 anos, que se encontravam nos estabelecimentos de saúde seleccionados para este estudo, na Região de «Lisboa e Vale do Tejo». O instrumento utilizado foi a tradução portuguesa do *West Haven-Yale Multidimensional Pain Inventory* (WHYMPI). Os resultados do presente estudo, ao mesmo exploratório e pioneiro, sugerem a existência de uma relação entre dor percebida e local escolhido para a prestação dos cuidados de saúde, revelando-se o hospital como o local de maior prevalência de escolha. Recomenda-se o aprofundamento da investigação neste contexto, cuja pertinência se ancora na necessidade de uma resposta optimizada do sistema de saúde, quer em termos da melhoria da qualidade de vida dos doentes com dor, quer em termos de racionalidade económica dos serviços prestados.

Palavras-chave: Dor, percepção da dor, procura de

cuidados de saúde, locais de prestação de cuidados de saúde.

ABSTRACT

Pain is one of the symptoms that primarily prompt the individual's search of health care. Then, it is important to continue research on those factors implicated on pain perception and consequently on the individual's health-care seeking behavior. In this study, the relationship between the perceived pain and the individual's search of health care, aiming at the reduction or control of pain, is assessed in a sample of 1357 patients reporting pain, both male (N=675) and female (N=682), aged between 15 and 90 years, and selected at health care units in the region of «Lisboa e Vale do Tejo». The West Haven-Yale Multidimensional Pain Inventory (WHYMPI), which assesses chronic pain, was translated to the Portuguese language and applied. Results suggest an association between the level of pain perception and the selection of the health care unit, being the hospital the most chosen unit. Further and deeper research in this context is recommended, being its pertinence anchored in the need of an optimized response of the health care system, both on the improvement of patients' quality of life and on the economic effectiveness of the health services provided.

Key words: Pain, pain perception, health care seeking, health care units.